

No.

平成 年 月 日

熊野町長様

(申請者) 住所

氏名 ㊟

続柄 ()

電話番号 —

予防接種について

みだしのことについて、下記の医療機関で接種したく申請致します。
なお、本申請により、町民税の課税状況または、生活保護の受給状況について、確認されることに同意いたします。

記

予防接種及び接種者氏名

予 防 接 種 名	インフルエンザ
接 種 者 の 氏 名 (住 所)	(熊野町)
接 種 者 の 生 年 月 日	(年 月 日 生 歳)
理 由	1 何らかの疾病を有し、治療が必要な者 病名 () 2 現在、入院中あるいは入所中のため 3 その他 ()
か かり つ け 医 又 は 医 療 機 関 名	

<事務処理欄>

本人確認: 保険証・免許証・その他 () / 窓口に来た人の本人確認: 保険証・免許証・その他 ()

1. 生活保護	生活保護受給者証 <input type="checkbox"/> 確認	減免 ・ 否
2. 町民税非課税世帯	町民税課税状況 (健康管理システム) <input type="checkbox"/> 確認	減免 ・ 否